|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meldung am:** |  | **Uhrzeit:** |  | Auszufüllen von der Fachkraft im Jugendamt |

1. **Angaben zur/m Minderjährigen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Minderjährige/r**Name, VornameFallnummer/OK.Jug | **Mdj. (A2/3)**Geburtsdatum  | **Mdj. (A1)**Geschlecht\* nach Geburtenregister | **Mutter**Name, Vorname, Geburtsjahr **(B)** | **Vater** Name, Vorname, Geburtsjahr **(B)** |
|   |   | [ ]  weiblich [ ]  männlich[ ]  divers[ ]  ohne Angaben\* |   |   |

**Anschrift der Familie** (Straße, Postleitzahl, Ort, Gemeinde, Telefonnummer)

|  |
| --- |
|   |

1. **Angaben zur meldenden Person/Institution**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Träger/Einrichtung: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

1. **Inhalt der Meldung**

|  |
| --- |
|  |

1. **Die Meldung beruht auf:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ]  eigenen Beobachtungen |[ ]  persönlich Anvertrautem durch Kind/ Jugendliche\*n | [ ]  | Aussagen der Eltern |
|[ ]  Aussagen von Dritten |[ ]  Vermutungen |[ ]    |

1. **Zusammenfassung Inhalt der Meldung aus Sicht des Melders – wenn Fachkraft**

(anhand Orientierungskatalog Kindeswohl)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ]  Pränatal | [ ] [ ]  | Eltern betreffend - SuchtEltern betreffend - psychisch krank |[ ]  Ernährung |
|[ ]  Wohnsituation |[ ]  Kleidung |[ ]  Körperpflege |
|[ ]  Schutz vor Gefahren und Aufsicht |[ ]  Sicherung der medizinischen Versorgung |[ ]  Finanzielle Absicherung |
|[ ]  Emotionale Zuwen-dung durch Eltern |[ ]  Bildung/ Förderung/ Entwicklung |[ ]  Gewalt gegen Kind/ Jugendliche\*n |
|[ ]  Sexuelle Aufklärung |[ ]  Sonstiges: | z.B. Selbstverletzendes Verhalten |
|  |  |  |  |  |

1. **Was haben Sie unternommen, um die Gefährdung abzuwenden?**

Nur bei meldenden Diensten/ Einrichtungen und Institutionen ausfüllen (außer Jobcenter)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefahr kann ohne Tätigwerden des Jugendamtes nicht abgewendet werden  |[ ]  ja |[ ]  nein |
| **gesetzl. Anforderungen** | Kollegiale Fallberatung/ Gespräch mit Leitung |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Inanspruchnahme einer internen Insoweit erfahrenen Fachkraft  |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Inanspruchnahme einer externen Insoweit erfahrenen Fachkraft |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Gespräch(e) mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Gespräch(e) mit Kindern / Jugendlichen |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Schutzplan/ Vereinbarung zur Abwendung der Gefährdung (ggf. siehe Anhang) |[ ]  ja |[ ]  nein |
| Gespräch mit Dritten (unter Beachtung der Schweigepflicht) |[ ]  ja |[ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | ich bin am Schulungsangebot des Sozialen Frühwarnsystems zum Thema Kinderschutz interessiert |
| [ ]  | Bitte leiten Sie meine Kontaktdaten an das Netzwerkbüro weiter |
| [ ]  | Ich nehme selbst Kontakt mit dem Netzwerkbüro auf (kontakt@sfws-goerlitz.de oder 03581 8788-350) |

1. **Der/ die Minderjährige besucht folgende Einrichtungen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Kindergarten/ Krippe: |  |
|  |
| [ ]  | heilpädagogische Tagesstätte: |  |
|  |
| [ ]  | Kindertagespflege: |  |
|  |
| [ ]  | Schule: |  |
|  |
| [ ]  | Hort: |  |
|  |
| [ ]  | Andere: |  |
|  |

1. **Gibt es weitere Personen, die die Gefährdungssituation bemerkt bzw. beobachtet haben?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Was veranlasst Sie, gerade jetzt den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) einzuschalten?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Erwartungen der Meldeperson an den ASD:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Die Meldeperson hat die Familie über die Meldung an ASD informiert** |[ ]  ja |[ ]  nein |
| **Hat die Meldeperson weitere Dienste/ Institutionen informiert?** |[ ]  ja |[ ]  nein |
| ⮱ Wenn ja, welche: |  |
|  |  |
|  |  |

**Kooperation mit der Meldeperson:**

Die Meldeperson wird gegenüber der Familie im Rahmen der Gefährdungsprüfung benannt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist über mich als Meldeperson ein Zugang zur Familie möglich? |[ ]  ja |[ ]  nein |
| Ich kann zum Schutz des Kindes wie folgt beitragen: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Die Zusammenarbeit mit dem ASD könnte sich wie folgt gestalten: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|[ ]  Ich möchte über das weitere Vorgehen informiert werden und bin daher bereit, an möglichen Gesprächen mit der Familie teilzunehmen.Hinweis: sollten die Eltern dem nicht zustimmen, kann keine Information erfolgen. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift der meldenden Person(ggf. Stempel der Einrichtung/des Trägers) |